FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 7

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 NOVEMBRE 1892

PAR

Jean-François-Marie NOGUÉ

Né à Saint-Martin-de-Seignaux (Landes), le 1er mai 1867.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOUCHARD,	professeur,	*président,*
LANELONGUE,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1892

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 7

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 NOVEMBRE 1892

PAR

Jean-François-Marie NOGUÉ

Né à Saint-Martin-de-Seignaux (Landes), le 1er mai 1867.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOUCHARD,	professeur,	*président,*
LANELONGUE,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE.....
MERGET.....
AZAM.....
} Professeurs honoraires.

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	N.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. N.	Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MM. N.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD.	Maladies mentales....	N.
Clin. des mal. syphil. et cutan...	N.	Accouchements.....	N.
Clin. des mal. des femmes.	N.	Chimie.....	N.
Clin. des mal. des voies urin....	N.	Physique.....	N.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

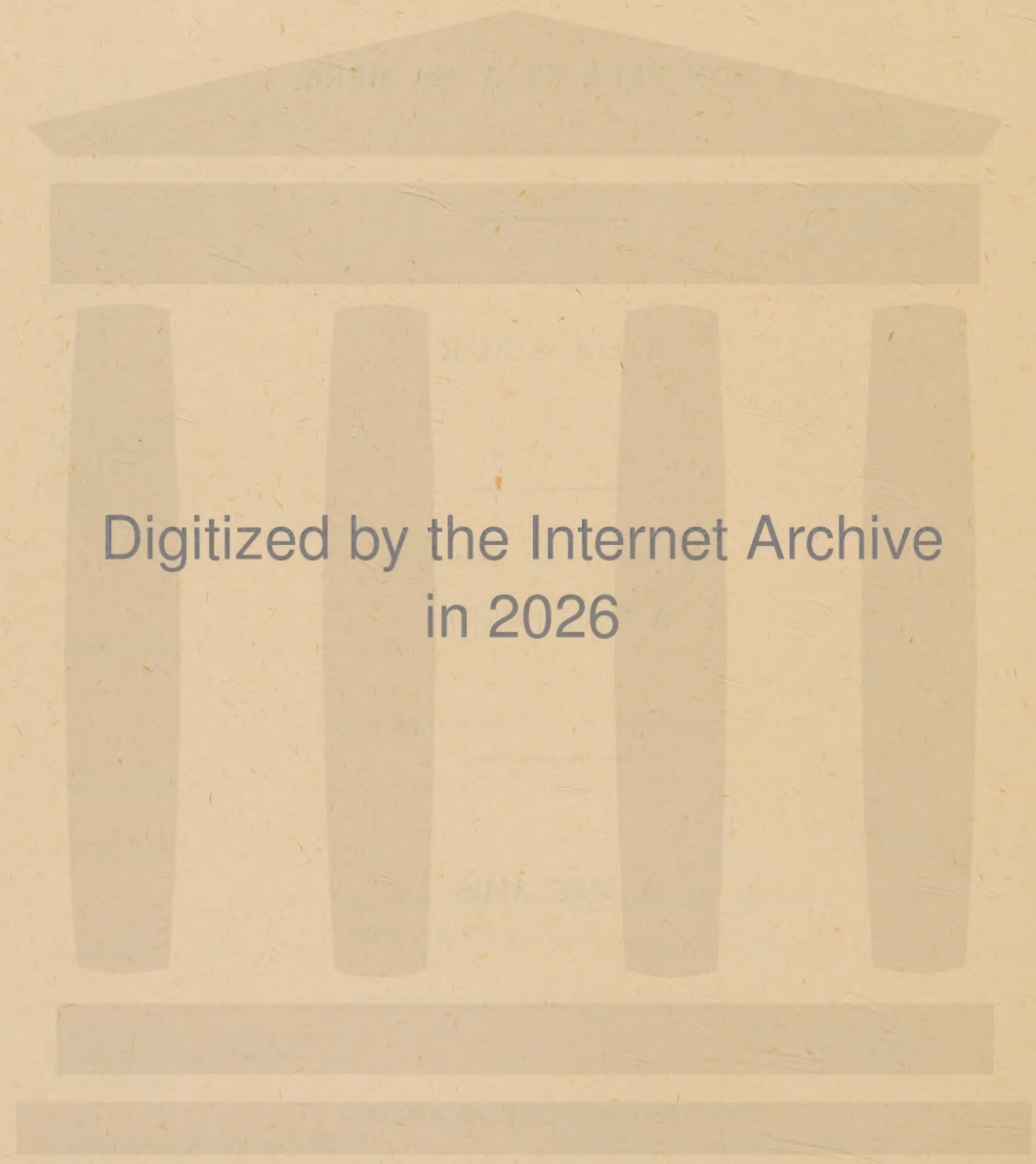
« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES AMIS


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0040

A Monsieur le Docteur COQUIARD

Médecin principal de la Marine,
Répétiteur à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Docteur LE DANTEC

Médecin de 1re classe de la Marine,
Répétiteur à l'École principale du Service de Santé de la Marine.

A Monsieur le Docteur F. LAGRANGE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux,
Membre correspondant national de la Société de chirurgie de Paris.

A Messieurs les Docteurs

A. TUCOULAT et Léon MOYNAC

de Bayonne.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHARD

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Chevalier de l'ordre de Charles III d'Espagne,
Commandeur de l'ordre de la Rose du Brésil,

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études médicales, nous avons observé dans les divers services d'ophtalmologie que nous avons suivis, un grand nombre de malades atteints de conjonctivite granuleuse. Tous présentaient un tel intérêt que nous avons saisi avec empressement l'offre qui nous a été faite d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous l'avons fait avec d'autant plus de plaisir que cette question a donné lieu à un très grand nombre de travaux, et que, quand on lit dans les traités et dans les journaux d'ophtalmologie ce qui a été écrit sur les traitements de la conjonctivite granuleuse, on est frappé des brillants résultats qu'ils donnent à ceux qui les préconisent.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter du nouveau dans cette question; mais, mettant à profit les nombreuses publications que nous avons suivies de très près et les leçons qui nous ont été professées, nous nous proposons d'examiner au point de vue clinique les traitements chirurgicaux les plus employés ou sur lesquels on nous a donné des notes inédites.

Pour bien comprendre la valeur thérapeutique de chacun des procédés dont nous parlons, il nous a paru logique d'exposer sommairement l'anatomie des paupières et de la conjonctive.

Nous passons successivement en revue :

Le brossage.

Les sçarifications et le brossage.

Le curettage et le brossage.

L'excision, grattage et jéquirity.

L'excision du cul-de-sac conjonctival avec cautérisation des granulations tarsiennes au galvano-cautère.

Le hersage (procédé du Dr Lagrange).

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remercîments les plus sincères à M. le professeur Bouchard pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous remercions M. le Dr Lagrange des bienveillants et judicieux conseils qu'il a voulu nous donner et de son précieux concours.

C'est à M. le Dr F. Despagnet, de Paris, que nous devons la première idée de notre travail. Qu'il nous permette de l'assurer à nouveau de tout notre dévouement et qu'il reçoive l'assurance de notre vive gratitude.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

Anatomie des paupières.

Les paupières sont des voiles musculo-membraneux qui se développent au-devant de la base de l'orbite. Elles protègent l'œil contre les agents extérieurs et contre les effets nocifs d'une lumière trop vive.

Au nombre de deux pour chaque œil, elles se distinguent en paupière supérieure et paupière inférieure.

Les paupières ont pour squelette deux lames cartilagineuses, les cartilages tarses, qu'une lame fibreuse, les ligaments larges, rattache à la circonférence de la base de l'orbite.

En avant de cette couche fibro-cartilagineuse, se trouve une couche musculaire à fibres striées, *l'orbiculaire des paupières*, en arrière une couche musculaire à fibres lisses, le muscle orbito-palpébral, qui donne lui-même insertion au tendon du releveur de la paupière.

En résumé chaque paupière comprend dans sa structure : 1° une couche cutanée; 2° une première couche musculaire, le sphincter des paupières; 3° une couche fibro-cartilagineuse; 4° une deuxième couche musculaire, le muscle orbito-palpébral; 5° enfin une couche muqueuse, la conjonctive.

Ces couches sont reliées entre elles par un tissu cellulaire peu serré.

Le bord libre se divise en deux portions : portion ciliaire et portion lacrymale. Sur la lèvre postérieure de la portion ciliaire sont les embouchures des glandes de Meïbonius, véritables glandes en grappe ou mieux en épi dont l'office est de lubréfier le bord libre des paupières et d'empêcher l'effusion des larmes.

Indépendamment de ces glandes M. Wolfring, en 1874, en a découvert d'autres situées entre l'insertion du releveur de la paupière et les glandes de Meïbonius.

Les artères des paupières viennent de la temporale, de l'ophtalmique, de la sous-orbitaire et de la faciale. Les veines se rendent à la veine faciale et à la veine ophtalmique.

Les lymphatiques vont aux ganglions sous-maxillaires et parotidiens. Les nerfs viennent : les sensitifs de la branche ophtalmique et du sous-orbitaire, les moteurs du facial.

Conjonctive.

La conjonctive (de *conjungere*, réunir), ainsi appelée parce qu'elle réunit le globe de l'œil aux paupières, est une membrane muqueuse, a épithélium pavimenteux stratifié qui revêt la face postérieure des deux paupières et la partie antérieure ou partie libre du globe de l'œil.

On divise la conjonctive en trois parties distinctes : la conjonctive palpébrale, la conjonctive oculaire ou bulbaire, et,

intermédiaire aux deux précédentes, la conjonctive du cul-de-sac.

La conjonctive bulbaire présente dans la région de l'angle interne de l'œil deux formations, la caroncule lacrymale, et le repli semi-lunaire.

Structure de la conjonctive.

La conjonctive se compose, comme toutes les muqueuses, de deux couches : une couche profonde, le chorion ou derme, une couche superficielle ou couche épithéliale. Elle possède en outre des glandes, des vaisseaux et des nerfs.

1° *Derme ou chorion.* — Le derme de la conjonctive est hérissé de papilles qui donnent à la surface libre un aspect velouté.

Au point de vue histologique, le derme conjonctival se compose d'un stroma conjonctif dans les mailles duquel se trouvent des amas de cellules lymphatiques.

2° *Couche épithéliale.* — L'épithélium de la conjonctive varie dans sa constitution anatomique suivant les régions que l'on considère.

a) Sur les portions de la conjonctive qui sont en rapport avec le tarse, cet épithélium se compose de deux couches, l'une superficielle, formée par une seule rangée de cellules cylindriques; l'autre, profonde, formée également par une seule rangée, rarement par deux, de cellules plus petites et plus ou moins aplaties.

b) Sur la conjonctive du cul-de-sac, nous retrouvons encore la couche des cellules cylindriques avec les mêmes caractères. Quant à la couche épithéliale profonde, elle est plus épaisse et comprend maintenant deux ou trois assises de cellules arrondies.

3° *Glandes.* — Les glandes propres de la conjonctive sont disséminées sur la moitié interne du cul-de-sac, de telle sorte que leur ensemble forme une espèce de courbe ou de fer-à-cheval à concavité dirigée en dehors.

Au point de vue de leur structure, ce sont des glandes acino-tubuleuse, composées d'un canal central sur les parois duquel viennent s'ouvrir un nombre plus ou moins considérable d'acini. Ce sont les glandes de Krause.

Indépendamment des glandes acino-tubuleuses, Henle a signalé l'existence de glandes tubuleuses (glandes de Henle) et Manz l'existence de glandes utriculaires contestées par certains auteurs.

4° *Vaisseaux.* — Les artères proviennent principalement des palpébrales. Les veines se jettent dans les troncs veineux tributaires de la veine ophtalmique ou dans les veines des paupières et de là dans la faciale et la temporale superficielle.

5° *Nerfs.* — Les rameaux nerveux sensitifs proviennent de plusieurs sources : en dehors, du lacrymal; en dedans, du nasal externe; sur la partie centrale ou cornéenne de la conjonctive bulbaire, des nerfs ciliaires. Les rameaux issus du lacrymal et du nasal externe se terminent suivant deux modes distincts :

1° Par des extrémités libres;

2° Par des renflements spéciaux dits corpuscules de Krause.

Brossage.

Le brossage de la conjonctive, dû à M. Manolescu, se pratique avec une simple brosse à dents. Cette brosse est soigneusement désinfectée avant l'opération.

Le brossage doit se faire avec la brosse qu'on trempe aussi souvent que possible dans une solution de sublimé à 1/500. On

procède ensuite à un lavage très minutieux de la surface conjonctivale avec une solution d'acide borique à 40/1000 qui enlève l'excès de sublimé.

M. le professeur Lagrange a opéré de la sorte deux malades, et il a bien voulu nous communiquer leurs observations.

OBSERVATION I

X. R..., 24 ans, employé de commerce, se présente à la Policlinique de Bordeaux, le 10 septembre 1891.

M. le Dr Lagrange porte le diagnostic suivant :

Conjonctivite granuleuse double avec commencement de pannus. Brossage selon la méthode d'Abadie.

Insucces.

OBSERVATION II

G. L..., 14 ans, écolier; depuis l'âge de 10 ans souffre des deux yeux, mais surtout de l'œil gauche.

Antécédents héréditaires : Nuls. Les parents affirment n'avoir jamais eu d'affection oculaire.

Pendant trois ans, cet enfant a été cautérisé au sulfate de zinc (crayon et collyre); mais ce traitement n'a amené aucune amélioration.

26 octobre 1891 : Brossage au sublimé à 2/1000.

30 novembre : Grande amélioration.

18 décembre : Guérison constatée; les conjonctives sont lisses et sans traces de granulations.

Ce sont les deux seuls malades traités par le brossage que nous ayons pu suivre de près. Dans un cas, ce mode d'intervention a amené la guérison. Mais nous ne pouvons nous

empêcher de le rejeter entièrement, car la brosse est un instrument dont l'action nous paraît irrégulière et incomplète.

Avec la brosse seule, il est, en effet, matériellement impossible de pénétrer dans toute l'étendue du cul-de-sac supérieur et dans les angles de l'œil.

Si on lui vient en aide en incisant l'angle externe, incision qui a pour but de produire le renversement complet des paupières et d'étaler toute la surface conjonctivale, il n'en est pas moins vrai que beaucoup est encore laissé au hasard et que, dans ces cas, l'application de la brosse seule ne donne que des résultats incertains.

Scarifications et brossage.

Cette méthode, due à Sattler, a été préconisée surtout par Panas, Abadie et Darier. Ils conseillent de procéder comme il suit pour le traitement de la conjonctivite granuleuse :

Renversement complet de la paupière supérieure à l'aide de pinces droites, de façon à mettre à découvert tout le cul-de-sac conjonctival correspondant. — Larges scarifications de la muqueuse à l'aide d'un petit bistouri bien tranchant.

Brossage de la surface scarifiée au moyen d'une brosse à dents assez dure et trempée au préalable dans une solution de sublimé à 1 pour 500 d'eau. Le brossage est répété séance tenante un certain nombre de fois. Les jours qui suivent, lavage de la conjonctive avec la même solution. Succès constant par cette méthode de traitement, d'après les auteurs.

En Algérie, le Dr Viger (de Méchéria) a employé ce traitement dans cinq cas soigneusement étudiés et a obtenu des résultats excellents, trois guérisons complètes au bout de 15

jours, et deux améliorations si sensibles qu'elles peuvent être considérées comme un stade avancé de la guérison.

Le docteur Petrescu (de Bucharest) a publié un travail dans lequel il établit que les scarifications profondes et le brossage au sublimé sont par excellence la méthode de choix. Sur 500 malades il n'aurait eu que 2 à 3 0/0 d'insuccès.

Le docteur J.-E. Weks, après avoir exposé la technique du docteur Abadie, publie 20 observations dans lesquelles le résultat a été des plus satisfaisants.

Critiques. — Nous repoussons entièrement la pratique des scarifications ainsi faites. On leur a reproché de ne donner que des résultats temporaires, d'exposer les opérés à des réactions inflammatoires très graves. D'après nous, un scarificateur incise les granulations, mais entre les lignes d'incision il peut en rester toujours d'intactes capables de perpétuer l'infection. De plus, aussi habilement qu'il soit manié, le scarificateur va à des profondeurs inégales, tantôt il dépasse la muqueuse, tantôt il ne l'intéresse qu'insuffisamment.

Curettage et brossage.

Malgré les succès proclamés par Abadie et Darier par la méthode des scarifications et du brossage, ces deux auteurs n'en ont pas moins essayé une autre méthode de traitement : le curettage et le brossage dont ils ont rapporté de merveilleux résultats et généralisé l'emploi.

L'opération qu'ils conseillent comprend six temps :

1° Anesthésie générale;

2° Agrandissement de la fente palpébrale;

3° Renversement des paupières;

4° Scarifications conjonctivales;

5° Grattage à la curette;

6° Brossage et lavage avec une solution de sublimé à 1/500.

L'hémostase se fait aisément avec des tampons et le pansement consiste dans l'application en permanence de compresses au sublimé.

Le professeur Truc, de Montpellier, a modifié ce procédé de la manière suivante :

1° Anesthésie locale à la cocaïne ou, exceptionnellement, anesthésie générale;

2° Renversement des paupières;

3° Scarifications conjonctivales;

4° Curettage;

5° Expression et râclage;

6° Canthoplastie toutes les fois qu'elle paraît nécessaire.

Nous croyons aux meilleurs résultats obtenus par Abadie et Darier qui guérissent leurs malades en quinze jours, ainsi que le montrent les observations que M. le Dr Fourrey a rapportées dans sa thèse inaugurale, qui a été inspirée par les innovateurs de la méthode.

Le professeur Truc, de Montpellier, améliore toujours ses malades, les guérit quelquefois, mais n'affirme la guérison complète que longtemps après son intervention.

Cette méthode est évidemment excellente; cependant, n'ayant vu aucun cas de conjonctivite granuleuse traité par ce procédé, nous avons surtout en vue l'exposé des méthodes de M. le Dr Lagrange et de M. le Dr Despagnet sur lesquelles nous nous étendrons, parce que nous avons pu apprécier les bons résultats qu'on peut en retirer.

Excision des granulations et jéquirity.

Nous devons à l'obligeance de notre cher maître, M. le Dr Le Dantec, la note suivante sur le traitement qu'il employait à Bourail (Nouvelle-Calédonie), pour combattre la conjonctivite granuleuse.

C'est en Nouvelle-Calédonie, où le jéquirity est très abondant, que M. le Dr Le Dantec a pu expérimenter sur de nombreux malades, cette méthode, un moment fort décriée en France et qui, entre ses mains, a donné d'excellents résultats.

Nous reproduisons cette note sans y rien modifier, bien qu'elle contienne certains points en dehors de notre sujet.

« Pendant mon séjour en Nouvelle-Calédonie, j'ai eu à combattre, dans le poste de Bourail, une maladie qui sévissait sur la population depuis plusieurs années : la conjonctivite granuleuse. Elle s'y était implantée d'une façon pour ainsi dire endémique. Bourail est une sorte de colonie pénitentiaire agricole où les forçats vivent en liberté dans les *concessions*. Les enfants des condamnés étaient, pour la plupart, internés dans deux établissements : l'un à l'usage des filles, dirigé par des religieuses ; l'autre à l'usage des garçons, dirigé par des frères. C'est surtout dans ce dernier établissement appelé *Ferme-école* que sévissait la maladie; car, sur un effectif de 80 à 90 enfants, j'ai eu à traiter de 40 à 50 granuleux à diverses périodes. Deux des plus gravement atteints étaient devenus presque aveugles par kératite interstitielle. Les granulations, chez quelques-uns de ces malheureux, atteignaient des proportions inconnues en France. J'ai vu des conjonctives chargées de granulations verruqueuses, véritables écailles qui s'étageaient depuis le bord libre jusqu'au repli profond de la muqueuse où elles prenaient l'aspect de véritables crêtes de coq.

» Le jéquirity existant en profusion dans le pays, je n'hésitai pas à employer cette médication dont on disait merveille en France. Je l'employai d'une façon systématique. Je n'obtins absolument aucun résultat dans les cas où les granulations étaient bien développées; mais dans les cas légers, et en particulier chez les enfants en bas âge qui sont si difficiles à traiter par les moyens ordinaires, la guérison fut rapide.

» Après bien des tâtonnements, j'en arrivai au traitement éclectique suivant :

1° Excision large des granulations;

2° Grattage;

3° Repos d'une huitaine de jours permettant à la conjonctivite de se cicatriser;

4° Macération de jéquirity pour éteindre les derniers foyers granuleux.

» Je suis convaincu que le jéquirity a une action efficace lorsque les granulations sont à peine marquées. Si, au contraire, les granulations sont épaisses, son action ne pénètre pas assez loin et les éléments figurés parasitaires (si parasites il y a) échappent à l'inflammation dite substitutive.

» Pour éviter toute récidive, je faisais instiller dans les yeux des enfants pendant quelque temps 3 ou 4 gouttes de la solution suivante :

Bichlorure de mercure. . .	1 gr.
Sel marin.	2 »
Eau.	1000 »

» De cette façon, je finis par devenir maître de cette terrible endémie et, quelque temps après mon entrée à Nouméa, je lisais avec plaisir dans le rapport trimestriel adressé par mon successeur au médecin en chef : « La conjonctivite granuleuse a complètement disparu du centre de Bourail ».

» Les diverses tentatives que j'ai faites pendant neuf mois pour rechercher le parasite de cette affection, ont été infructueuses. En dehors des microbes vulgaires, je n'ai trouvé aucun élément spécifique, ni par la culture au moyen de terrains variés, ni par les diverses méthodes de coloration employées en bactériologie.

» En résumé, c'est un sujet à reprendre surtout au point de vue de la parasitologie. Au point de vue du traitement, il y aurait, je crois, quelque chose à essayer avec l'abrine, cette substance si curieuse au point de vue de ses effets sur la conjonctive; car, si au début, on a dit beaucoup trop de bien du jéquirity, on en dit actuellement trop de mal. Mais, à en juger par mes impressions personnelles, je crois que son rôle se bornera toujours à balayer les granulations microscopiques qui auront échappé au bistouri et à la curette ».

Traitement des granulations par l'excision du cul-de-sac conjonctival combinée avec la cautérisation des granulations tarsiennes au thermo-cautère.

(Procédé du Dr Despagnet de Paris).

C'est à M. Richet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris que revient l'honneur du traitement des granulations par l'excision du cul-de-sac conjonctival.

Après lui, M. le Dr Galezowski l'a appliqué avec succès ainsi qu'en témoigne un travail qu'il a publié en 1874 sur ce sujet.

En 1876, le Dr Abadie, en parlant de l'excision du cul-de-sac conjonctival, s'exprimait ainsi :

« Nous ne croyons cette pratique applicable que dans les cas

» exceptionnels où les granulations sont extrêmement abon-
» dantes et où l'hypertrophie de la muqueuse et du tissu sous-
» jacent ne se modifie pas sous l'influence des granulations ».

Mais en 1879, le Dr Giffo, le Dr Brachet en 1882 et le Dr Parisotti en 1883 rapportent des observations très concluantes sur ce mode de traitement qui avait rencontré une forte opposition de la part d'un grand nombre d'ophtalmologistes.

En 1889 Zieminski pratique constamment l'excision du cul-de-sac et se trouve très satisfait des résultats obtenus.

Le Dr F. Despagnet (de Paris), suivant en cela l'exemple de son maître Galezowski, excise systématiquement le cul-de-sac dans les cas où ce dernier est le siège de volumineuses et de nombreuses granulations. Il cautérise ensuite les granulations tarsiennes avec le large couteau du galvano-cautère placé à plat parallèlement à la surface conjonctivale et qu'il n'appuie que très légèrement. Cette cautérisation a pour but de débarrasser des granulations la conjonctive tarsienne à laquelle on ne touche pas par l'excision.

En outre, le Dr Despagnet arrête l'hémorragie, nettoie l'œil de tout le sang coagulé, lave au sublimé la conjonctive palpébrale et s'il n'y a pas de phénomène inflammatoire il commence aussitôt un traitement qui consiste en légères cautérisations avec des pinceaux trempés de la solution suivante :

Nitrate d'argent.	0 25 centigrammes.
Eau distillée	10 grammes.

Il neutralise avec la solution de :

Chlorure de sodium.	3 grammes.
Eau distillée.	10 —

Si pendant la cicatrisation de la petite plaie du cul-de-sac il se produit des bourgeons charnus, il les excise et cautérise au thermo-cautère ou au galvano-cautère, la surface tomenteuse.

Toutes les complications de la conjonctivite granuleuse qui existaient au moment de l'opération disparaissent peu à peu.

Tel est le procédé opératoire que M. Despagnet a mis si souvent en pratique devant nous. Il ne présente aucun inconvénient à la condition que le cartilage tarse soit respecté, et il est facile de le faire.

OBSERVATION III

(Recueillie dans le service de M. le professeur LAGRANGE).

J. P..., 24 ans, tailleuse.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Kyste de la paupière inférieure gauche à l'âge de 12 ans. Péritonite au mois de décembre 1890, suite de couches.

Depuis cette époque la malade a souffert des yeux. Photophobie, larmoiement, sensation de gravier. Un an après le début de l'affection la malade est cautérisée au sulfate de cuivre pendant trois mois.

La malade se présente à la clinique de M. le professeur Lagrange, le 1er septembre 1891, avec des phénomènes aigus de conjonctivite granuleuse (kératite à hypopion).

13 septembre : Excision des culs-de-sac. Pas de réaction inflammatoire. Lavages quotidiens au sublimé et à l'acide borique.

24 septembre : Pommade à l'oxyde jaune.

25 octobre : La malade est considérée comme guérie; elle continuera néanmoins son traitement pendant un certain temps.

OBSERVATION IV (personnelle).

J. E..., 32 ans (Espagne), cultivateur. Homme d'une robuste constitution. N'a jamais été malade.

Cet homme se présente à la clinique de M. le Dr Despagnet, le 17 août

1891. Il nous dit qu'il s'est aperçu qu'il a mal aux yeux il y a dix mois environ.

Les douleurs présentent tous les caractères cliniques de la conjonctivite granuleuse : ptosis, photophobie, larmoiement abondant, douleurs périorbitaires s'irradiant de chaque côté de la tête.

M. le Dr Despagnet examine ce malade et porte le diagnostic suivant :

Conjonctivite granuleuse double. Granulations végétantes dans les culs-de-sac, disséminées sur la conjonctive palpébrale.

17 août : Excision du cul-de-sac droit.

21 août : Excision du cul-de-sac gauche. Légère ecchymose avec œdème de la paupière.

1er septembre : Cautérisation à plat et superficiellement au thermo-cautère de la conjonctive tarsienne des deux yeux.

Du 3 septembre au 1er octobre on cautérise régulièrement les conjonctives avec la solution de nitrate d'argent neutralisée par le chlorure de sodium.

Le malade repart pour chez lui où, nous dit-il, il ne pourra pas continuer son traitement (la région qu'il habite manquant de médecin).

Cet homme est revu le 23 août 1892. Depuis le 1er octobre 1891 il n'a jamais souffert des yeux. Il n'y a plus trace de granulations sur ses conjonctives. Nous le considérons comme tout à fait guéri.

OBSERVATION V (personnelle).

M. P..., 54 ans, tailleur d'habits, est un homme robuste qui a toujours joui d'une excellente santé.

A l'âge de 42 ans, M. P... commence à souffrir des yeux; chaque matin, au lever, il éprouvait une sensation désagréable de picotements dans les yeux, et était incommodé par du larmoiement et une sécrétion purulente assez abondante.

Au mois d'avril 1891, M. P... remarque que son œil gauche est très

enflammé. Le malade est pris en outre de douleurs périorbitaires intolérables. Il a du ptosis, de la photophobie, et le larmoiement est tel que le malade ne peut ouvrir les paupières qui laissent échapper un flot de larmes brûlantes.

M. P... va alors consulter un médecin qui institue le traitement suivant : Chaque jour cautérisation au nitrate d'argent et lavage à grande eau chaude.

17 août 1891 : M. P... vient consulter M. le Dr Despagnet qui porte le diagnostic suivant :

Conjonctivite granuleuse gauche, nombreuses granulations dans le cul-de-sac, pannus de la cornée.

Le malade est opéré par l'excision du cul-de-sac avec cautérisation au galvano-cautère de toute la conjonctive tarsienne.

18 août : La paupière supérieure gauche est légèrement œdématiée.

Pas d'ecchymose, pas de douleurs.

21 août : On commence les cautérisations de la conjonctive palpébrale avec deux pinceaux trempés dans les solutions suivantes :

Nitrate d'argent	0 gr. 25
Eau distillée	10 «
Chlorure de sodium	3 «
Eau distillée . . .	10 «

1er octobre : Le malade est en bonne voie de guérison ; le pannus tend à disparaître, on continuera tant qu'il sera nécessaire les cautérisations au nitrate d'argent.

20 août 1892 : M. P... a repris ses occupations depuis le mois d'avril. Il nous assure n'avoir jamais souffert de son œil depuis l'opération. Il existe néanmoins sur la cornée gauche une taie centrale qui, au mois d'octobre, commençait à s'effacer à la suite de douches oculaires de vapeur.

OBSERVATION VI (personnelle).

M. D..., 27 ans, commis des ponts et chaussées, garçon d'une excellente santé. Bonne constitution.

Pas d'antécédents héréditaires.

Débuts : Il y a deux ans, le malade s'aperçut que la paupière supérieure de l'*œil gauche* devenait tombante et augmentait de volume. Sécrétions très abondantes. Larmoiement et cuisson très vive lorsque le malade travaillait. La vue s'obscurcissait. Pas de névralgies périorbitaires. Pas de soins.

Six mois après, l'*œil droit* devient malade. Congestion intense de tout l'œil. Larmoiement abondant. Sécrétions. Douleurs lancinantes dans les angles de l'œil. Le 16 septembre 1889, M. D... vient consulter M. le Dr Despagnet, qui porte le diagnostic suivant : conjonctivite granuleuse des deux yeux, plus avancée à gauche.

Opération à gauche. Pas d'accidents postopératoires. Pendant quatre jours, matin et soir, le malade mettait entre les paupières un peu de la pommade suivante :

Iodoforme. 0,25
Vaseline. . . . . 10 gr.

On commence les cautérisations au nitrate d'argent et chlorure de sodium. Le malade continue chaque soir l'usage de la pommade iodoformée.

1er octobre : Cautérisations au moyen d'un crayon au nitrate d'argent, mitigé à 1/3 (Gayon, à Paris) et au chlorure de sodium, pendant deux mois, tous les deux jours.

Le malade abandonne la pommade iodoformée pour la pommade à l'acide borique.

1er janvier 1890 : M. D... commence les cautérisations avec un crayon au sulfate de cuivre et les continue jusqu'au 16 août de la même année; à ce moment, le malade vient voir M. le Dr Despagnet. On porte le diagnostic

suivant : conjonctivite granuleuse double; opéré à gauche. Cet œil est en bonne voie de guérison.

Dans le courant de l'année 1891 (mars) quelques granulations apparaissent à gauche. Crayon au sulfate de cuivre. Elles disparaissent au bout d'un mois.

Œil droit. — A partir d'août 1889, M. D... a commencé les cautérisations alternatives au nitrate d'argent et au sulfate de cuivre. Le traitement n'a donné que de mauvais résultats. M. D... demande à être opéré.

20 août 1890 : Excision du cul-de-sac conjonctival. Aucun accident post-opératoire.

Même traitement que pour l'œil gauche; il en résulte un mieux sensible.

Au moment où nous abandonnons le malade, 1er octobre 1890, celui-ci ouvre très bien ses yeux; les granulations n'existent pas. Il n'y a pas trace de sécrétion.

Nous avons revu M. D... en janvier et en août 1891 et le 20 août 1892.

Les paupières sont parfaitement normales, le malade ouvre très bien ses yeux. Il n'y a pas trace de granulations. Pas de sécrétion. L'acuité visuelle est normale et depuis que M. D... a repris son travail (janvier 1891) il n'a jamais souffert de ses yeux.

OBSERVATION VII (personnelle).

Mlle J..., 18 ans, est une belle jeune fille qui a toujours joui d'une excellente santé ; elle est amenée à la clinique de M. le Dr Despagnet par notre ami M. J... G..., le 27 août 1891.

Mlle J..., atteinte de conjonctivite granuleuse de l'œil gauche, ne peut pas nous dire d'une façon bien précise le début de sa maladie.

Seul le cul-de-sac gauche est rempli de nombreuses granulations. Ptosis larmoiement, photophobie.

L'excision du cul-de-sac est pratiquée le 5 septembre. A la suite de l'opération, les phénomènes inflammatoires sont nuls.

Le 7 septembre on commence les cautérisations avec une solution de nitrate d'argent neutralisée avec l'eau salée.

Le 1er octobre : Mlle J... est en excellente voie de guérison.

Elle continuera tant qu'on le jugera nécessaire les cautérisations.

20 septembre 1892 : La paupière gauche ne présente aucune déformation. Mais il existe dans l'angle externe quelques rares granulations que l'on cautérise au galvano-cautère.

1er octobre : La malade ne présente plus de traces de granulations, sa conjonctive est normale. Guérison.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Mlle C. D..., 23 ans, modiste, de bonne constitution, n'a jamais été malade. Depuis quelque temps ses paupières deviennent tombantes. Son frère lui fait remarquer que, comme lui, elle doit être atteinte de conjonctivite granuleuse, et sur ses conseils, elle vient consulter M. le Dr Despagnet qui porte le diagnostic de conjonctivite granuleuse double; la conjonctivite tarsienne est intacte.

25 août 1891 : Après cocaïnisation de l'œil droit, le Dr Despagnet procède à l'excision du cul-de-sac supérieur. Les phénomènes post-opératoires sont nuls.

Le 27 on commence les cautérisations avec :

Nitrate d'argent. . .	0 gr.	25.
Eau distillée.	10	»
Chlorure de sodium.	3	»
Eau distillée.	10	»

3 septembre : Excision du cul-de-sac supérieur gauche. Aucun phénomène d'inflammation post-opératoire, mêmes cautérisations qu'à droite.

Les cautérisations ont été continuées jusqu'au mois de janvier 1892.

La malade, revue en avril et en août 1892, nous assure n'avoir jamais

plus souffert de ses yeux. Ses conjonctives sont tout à fait saines. Nous la considérons comme guérie.

OBSERVATION IX (personnelle).

Mme B... âgée de 36 ans, née en Algérie, a toujours eu jusqu'à l'âge de 25 ans une bonne santé.

En 1887, Mme B... fut sujette à des conjonctivites très intenses, sensation de gravier sous les paupières, larmoiement, photophobie, douleurs périorbitaires, tels sont les phénomènes que présentaient Mme B... Malgré les soins les plus assidus et un traitement rigoureusement appliqué, Mme B... voyant que son état allait empirant chaque jour, s'adressa à un médecin militaire qui porta le diagnostic de conjonctivite granuleuse. Interrogée sur son entourage, Mme B... dit avoir eu à son service une domestique dont les yeux donnaient une abondante sécrétion purulente et supportaient à grand'peine la lumière.

Mme B.., a été longtemps cautérisée au nitrate d'argent et au sulfate de cuivre. Elle remarqua une amélioration considérable dans l'état de ses yeux et se croyant guérie, cessa tout traitement.

Mme B... rentre en France en 1888 et va consulter un autre médecin qui ordonne des cautérisations au sulfate de zinc et des lavages à l'eau boriquée tiède qui ne produisent aucune amélioration.

La malade s'adresse alors à un autre médecin qui revient au premier traitement suivi par Mme B.., Au bout de quelques jours, celle-ci a une ulcération de la cornée droite et les autres phénomènes s'amendent.

Au mois d'août 1889, Mme B... s'aperçoit que son œil droit est loin d'être guéri et revient voir son médecin qui saupoudre la conjonctive palpébrale de cet œil avec de la poudre d'iodoforme ; Mme B... est prise aussitôt de douleurs extrêmement vives, l'œil est injecté et elle ne peut prendre le moindre repos.

Ce traitement n'amenant aucune amélioration, le 25 septembre 1890,

Mme B... vient consulter M. le Dr Despagnet qui n'hésita pas à porter le diagnostic de conjonctivite granuleuse chronique.

Vu l'état de chronicité de la maladie et le danger qui menaçait dans un avenir prochain la cornée et la vision, M. le Dr Despagnet proposa l'opération par l'excision du cul-de-sac supérieur, qui fut faite aussitôt, et la cautérisation au galvano-cautère de toute la surface de la conjonctive palpébrale.

Traitement de la journée :

Pommade : Acide borique. . . . . 0 gr. 25
Vaseline . . . . . 10 gr.

Lavages à l'eau boriquée.

Les phénomènes inflammatoires post-opératoires sont nuls.

27 septembre : On commence immédiatement les cautérisations au nitrate d'argent qui seront faites trois fois par semaine et suspendues si on le juge nécessaire. Lavages boriqués le soir en se couchant et le matin au réveil.

3 janvier 1891 : Nous revoyons la malade qui a suivi avec soin le traitement institué par le docteur Despagnet. La conjonctive palpébrale est en excellente voie de guérison. Depuis le 15 décembre, nous dit la malade, on ne la cautérise plus que deux fois par semaine.

L'œil gauche est entièrement sain.

17 août 1891 : La malade que nous revoyons n'a plus souffert des yeux.

20 août 1892 : Depuis le mois d'août 1891, Mme B... n'a plus jamais souffert. Nous la considérons comme entièrement guérie.

OBSERVATION X (personnelle).

Mlle Y..., 30 ans, née en Algérie.

A toujours habité avec sa sœur, Mme B..., soit en Algérie, soit en France.

A l'âge de 28 ans, atteinte de conjonctivite granuleuse; elle s'adresse au même médecin que sa sœur qui essaye sur elle le traitement au jéquirity. Le soir même du premier jour de traitement, il existait une violente inflammation de la conjonctive. Le lendemain, les accidents post-opératoire prirent

un degré d'intensité assez alarmant. L'œdème des paupières était si considérable que les plis de la peau avaient disparu; la chute de la paupière était complète. Il existe en même temps une abondante sécrétion purulente qui déborde entre les paupières et coule le long de la joue. La malade éprouve une violente sensation de chaleur et de cuisson et de vives douleurs ciliaires avec irradiation dans la tête. L'œdème gagne peu à peu tout le côté de la face.

Ce n'est que 5 jours après l'intervention que le médecin parvient à entr'ouvrir les paupières; au bout de 15 jours, tous ces accidents commencent à s'amender, mais Mlle Y... nous assure que l'œdème a persisté pendant 3 mois.

Le traitement consistait en lavages à l'eau boriquée. Une fois par jour, instillation de 2 gouttes de pilocarpine. Il s'ensuivit une conjonctivite intense et rebelle, avec larmoiement et photophobie. Le médecin fit l'incision des points lacrymaux et, chaque jour, pratiqua le cathétérisme des canalicules lacrymaux. En même temps, il cautérisait la conjonctive au nitrate d'argent.

Septembre 1890 : sur ces entrefaites Mlle Y.., vient le même jour que sa sœur consulter M. le Dr Despagnet qui porte le diagnostic suivant : conjonctivite granuleuse double avec pannus de la cornée droite et taie centrale à gauche.

Quelques instants après, Mlle Y... était opérée par l'excision du cul-de-sac conjonctival et la cautérisation au galvano-cautère de toute la surface libre de la conjonctive palpébrale.

Il n'y eut pas d'accidents consécutifs à l'opération. On institua immédiatement le traitement suivant :

Chaque jour on cautérisera la conjonctive avec les solutions suivantes :

Nitrate d'argent.	0 gr. 25
Eau distillée.	10 gr.
Chlorure de sodium.	3 gr.
Eau distillée	10 gr.

1e octobre 1889 : La malade est en bonne voie de guérison; elle continuera

son traitement jusqu'à disparition complète des phénomènes inflammatoires.

3 janvier 1891 : Les yeux de M^lle Y... sont très améliorés ; les cautérisations ne se font plus qu'une fois par semaine.

Avril 1891 : M^lle Y... vient revoir M. Despagnet qui la considère comme guérie :

Août 1892 : La guérison s'est toujours maintenue.

OBSERVATION XI

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Lagrange).

Conjonctivite granuleuse avec pannus au début, à droite.

L..., 45 ans, paveur, se présente le 20 juin 1891.

Extirpation du cul-de-sac, le 28 juin. Pas de réaction inflammatoire.

Le 11 août, la conjonctive ne présente pas de traces de granulations. Pas de rétraction provoquée par le tissu cicatriciel. Conjonctive parfaitement lisse et blanchâtre.

OBSERVATION XII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Lagrange).

M..., 10 ans, écolier, se présente à M. le D^r Lagrange, le 29 juin 1891, avec des granulations vieilles de cinq ans. Pannus des deux cornées.

Extirpation du cul-de-sac.

1^er août : Le malade est en très bonne voie de guérison.

OBSERVATION XIII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Lagrange).

M. M..., 16 ans, se présente le 9 juillet 1891 à la clinique de M. le professeur agrégé Lagrange.

Granulations siègeant dans le cul-de-sac.

Excision du cul-de-sac le 18 juillet.

20 août, la conjonctive est lisse. Bourgeon charnu à la paupière supérieure.

OBSERVATION XIV

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Lagrange).

X. R..., 24 ans, employé de commerce.

6 septembre : Brossage des deux côtés.

31 octobre : L'œil droit est en bonne voie de guérison.

Chez ce malade, le brossage ayant donné un mauvais résultat à gauche, M. le professeur agrégé Lagrange excise le cul-de-sac gauche, le 31 octobre 1891.

28 janvier 1892 : Les traces de la cornée ont presque entièrement disparu, et le malade est en excellente voie de guérison.

Critique. — On a accusé cette méthode de laisser de graves conséquences sur la muqueuse et la paupière. On dit qu'en excisant le cul-de-sac conjonctival on détruit une région de la muqueuse qui lui est indispensable pour conserver les rapports normaux de la paupière avec le globe de l'œil. Il se produit, dit-on, des déformations et des déviations de le paupière. Vainement avons-nous cherché des observations à l'appui de cette manière de voir. Les seules complications qui suivent l'opération et qui durent trois jours au maximum sont un peu d'œdème avec ecchymose de la peau de la paupière.

Toutes les conjonctives granuleuses doivent-elles être immédiatement traitées par l'excision du cul-de-sac conjonctival ? Nous répondrons catégoriquement non. L'excision n'est indiquée que lorsqu'il s'agit du trachome chronique, dans un état d'irritation aussi faible que possible et lorsque les culs-de sac sont le siège de nombreuses et de volumineuses granulations.

La méthode d'excision du cul-de-sac conjonctival, suivie ensuite de cautérisations palpébrales avec le nitrate d'argent, est une opération facile pour le chirurgien, exempte de dangers pour le malade.

Hersage et brossage de la conjonctive.

(Procédé du docteur Lagrange).

Nous croyons devoir commencer ce chapitre par la note suivante que M. Lagrange a bien voulu nous remettre.

« Dans les cas d'ophtalmie granuleuse exempte de complications aiguës, il faut accepter, croyons-nous, le principe de l'intervention sanglante, mais il me paraît nécessaire de bien préciser la technique.

» Je repousse comme complètement insuffisantes les scarifications de la conjonctive immédiatement suivies du brossage. Les scarifications n'intéressent qu'une minime partie de la surface conjonctivale; entre les incisions, la muqueuse n'est pas entamée; au niveau des culs-de-sac elle reste intacte et le brossage à lui seul est insuffisant à détruire l'élément infectieux si les portes ne sont pas largement ouvertes pour laisser passer le sublimé, agent curatif, dans le tissu conjonctival.

» Le râclage à la curette est infiniment supérieur; le bord tranchant de l'instrument fait l'ablation de tout ce qui dépasse la surface conjonctivale. Le moindre corps papillaire surélevé est ainsi décapité, à plus forte raison les véritables granulations; mais cela encore ne me paraît pas suffire. Sur la surface conjonctivale lisse la curette glisse et n'enlève rien, ou bien, ce qui est beaucoup plus fâcheux, si, appuyant trop fort, l'opérateur fait marcher quand même le bord tranchant dans le tissu muqueux, l'instrument va trop profondément et la muqueuse tout entière est emportée. Or il faut autant que pos-

sible modifier la muqueuse mais non point l'enlever, car elle ne se reforme pas et son remplacement par un tissu cicatriciel doit être évité soigneusement.

» L'extirpation de la conjonctiven'estadmissible qu'au niveau du cul-de-sac, lorsque celui-ci est très granuleux, ce qui est rare en somme, les granulations siégeant surtout au niveau du tarse.

» Donc les scarifications sont insuffisantes; elles sont d'une profondeur forcément inégale, ici trop superficielles, là trop profondes; le curettage est inégal aussi, inefficace si l'on glisse à la surface de la conjonctive saine, dangereux si l'opérateur a la main trop lourde. Rien dans le dispositif instrumental adopté jusqu'ici ne permet de faire à coup sûr tout ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut.

» L'instrument que le lecteur trouve ici représenté repose sur ce principe que le sac conjonctival doit être partout gratté, aussi bien sur la conjonctive bulbaire que sur la conjonctive palpébrale. Toute la muqueuse doit être préparée à se laisser pénétrer par la solution antiseptique sans être nulle part détruite. Où les granulations sont abondantes, elles sont enlevées avec la *partie curette* et par le bord tranchant de l'instrument, puis leurs parties profondes sont déchiquetées, fouillées, ouvertes avec le dos convexe qui porte ses dents à la fois comme une herse ou comme une lime.

» Dans les parties mêmes de la conjonctive en apparence absolument saines, le dos de l'instrument est promené à plusieurs reprises jusqu'au moment où le derme muqueux est

bien mis à nu, bien ouvert. On peut impunément enlever l'épithélium stratifié ; sa régénération est certaine à condition de respecter le derme de la muqueuse.

» La convexité de cet instrument court aisément au niveau des angles externes et internes ; en très peu de temps la cavité conjonctivale complètement cruentée est prête pour le brossage. Celui-ci est fait avec une brosse à dent assez petite pour glisser facilement sous l'angle externe que je ne débride jamais et pour porter directement l'agent curatif (sublimé à 2/1000) dans les profondeurs du cul-de-sac d'ailleurs bien mis en évidence à l'aide de l'ingénieuse pince fixatrice de Galezowski.

» Chez l'enfant, l'opération est faite sous le chloroforme, chez l'adulte la cocaïne peut suffire.

» En somme notre instrument n'est autre chose qu'une curette de Volkman munie d'une double courbure et portant sur son dos des dents acérées. Ces dents sur cette surface convexe en constituent la seule originalité ».

Toutes les observations qui suivent ont été recueillies dans le service de M. le Dr Lagrange, par M. Mazet, deuxième assistant, à qui nous adressons nos remerciements les plus sincères.

OBSERVATION XV

H... D..., âgé de 15 ans, serrurier à Bordeaux, se présente à la Policlinique le 31 mai 1892.

Sa mère nous raconte qu'elle a été atteinte de granulations il y a 5 ans environ, que son enfant s'est toujours bien porté ayant eu seulement une kératite lymphatique à l'âge de 7 ans.

L'affection oculaire, pour laquelle il vient à la clinique, dure depuis 3 ans revenant par poussées aiguës, quatre et cinq fois par année. Photophobie, larmoiement, phénomènes de kératite, tels sont les symptômes qu'il pré-

sentait. A son arrivée on peut constater en outre une taie cornéenne sur chaque œil, les deux ayant été également atteints.

Conduit dès le début à l'hôpital, il y est soigné deux années durant par divers collyres et des cautérisations au sulfate de cuivre répétées trois fois par semaine. Ce long traitement n'ayant pas donné un bon résultat, le malade cesse tout soin pendant quelque temps, jusqu'au moment où une poussée granuleuse aiguë le conduit à la clinique du Dr Lagrange.

14 juin : après cocaïnisation, hersage et brossage de la conjonctive, qui présentait de chaque côté de grosses granulations; pas d'excision des culs-de-sac. Pas de phénomènes inflammatoires aigus.

4 juillet : Pommade au bioxyde jaune; plus de photophobie, l'amélioration est considérable.

Le 19 juillet, sous l'influence peut-être d'une réinfection, vaste pannus à gauche ayant nécessité une péritomie. Pommade à l'iodoforme.

L'œil droit va toujours de mieux en mieux, la cornée ne présente plus trace de taie. Depuis le début de l'affection le malade n'a jamais ressenti un pareil bien être.

OBSERVATION XVI

M. D..., garçon de café à Bordeaux, se présente au mois de juin 1891 à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André, atteint d'une conjonctivite granuleuse.

Le malade, dont la vision et la santé ont toujours été bonnes jusqu'à ces derniers temps (sauf la fièvre typhoïde et une pneumonie), nous raconte qu'il a une petite fille ayant déjà présenté des granulations, il y a quelques années.

Le début de l'affection remonte au mois de mars 1890; tout d'abord, phénomènes de conjonctivite aiguë simple, mais un mois après, apparition nette de granulations sur la conjonctive droite. Rien à gauche.

Traité alors par les cautérisations au sulfate de cuivre, il ressent une légère amélioration, mais peu de temps après, les phénomènes douloureux se montrent de nouveau avec autant d'intensité. Larmoiement, photophobie, sécrétion muco-purulente, etc.....

Un autre oculiste, consulté, ordonne le même traitement, mais sans plus de résultats ; c'est alors que le malade se décide à venir à l'hôpital, où l'on constate à droite des granulations avec pannus cornéen qui commence à s'opacifier. Rien à gauche.

Devant ces résultats, M. le professeur agrégé Lagrange procède, le 19 juin 1891, au hersage et au brossage de la conjonctive. L'inflammation post-opératoire passée, une grande amélioration ne tarde pas à se montrer.

La kératite vasculaire un peu rebelle nécessite un mois après une péritomie. Dès lors, l'amélioration s'accentue de jour en jour par l'emploi journalier de la pommade au bioxyde jaune d'hydrargyre. Les douleurs et la photophobie disparaissent ; le malade peut reprendre son métier qu'il avait été obligé de cesser.

Au mois de juillet 1892, nous avons l'occasion de revoir ce malade ; il n'a plus souffert depuis l'opération, il a cessé tout traitement ; cependant, par mesure de précaution, il met encore, de temps à autre, un peu de pommade jaune.

OBSERVATION XVII

Le jeune J. H..., de Bordeaux, âgé de 18 ans, est conduit à la Polyclinique au commencement de novembre 1891 avec une conjonctivite granuleuse double ayant occasionné chez lui des troubles de la vision tels qu'il ne peut plus se conduire.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Sauf la variole et la fièvre typhoïde qu'il a eues dans sa jeunesse, le malade a toujours joui d'une bonne santé.

Le début de l'affection remonte seulement à il y a quatre ans et, presque dès l'origine, le malade a dû abandonner son métier de chaudronnier. Photophobie, larmoiement, sécrétion muco-purulente, sensation douloureuse de sable sous les paupières, tels étaient les principaux symptômes qui revenaient toujours à intervalles divers. Les complications ont marché vite du côté de la cornée, car lorsqu'il se présente on peut constater de chaque

côté un vaste pannus s'opacifiant peu à peu et troublant la vision au point que le malade n'y voyait même plus à se conduire.

Le malade s'est présenté dans presque toutes les consultations gratuites des oculistes de Bordeaux où il a été soigné successivement par des collyres au nitrate d'argent, au glycérolé de cuivre et enfin par des cautérisations répétées au sulfate de cuivre.

Ces divers traitements ayant échoué chez lui à plusieurs reprises, M. le professeur agrégé Lagrange procède, le 12 novembre 1892, au hersage et au brossage de la conjonctive avec excision du cul-de-sac de chaque côté. Le tout est pratiqué après simple cocaïnisation des deux yeux.

Les phénomènes post-opératoires des deux ou trois premiers jours passés, la vision s'est améliorée très sensiblement; mais quelques jours après, la kératite vasculaire ne diminuant pas a nécessité, le 1er décembre, une péritomie à l'œil gauche. Atropine et pommade à l'iodoforme, qu'on remplace bientôt par la pommade au bioxyde jaune.

Le malade n'a cessé d'éprouver dès lors un mieux notable et continuel, et, dès le mois de février, le jeune H..., qui pouvait se conduire déjà depuis quelques jours, commençait à distinguer les grosses lettres d'imprimerie. Enfin la cornée s'épaississait d'une façon très apparente.

Le 1er avril, péritomie à l'œil droit; depuis lors, l'emploi journalier de la pommade au bioxyde jaune n'a cessé d'amener une grande amélioration. Nous avons l'occasion de revoir ce malade vers la fin du mois d'août 1892, il a repris depuis quelque temps son travail sans la moindre douleur et sans que cela ait occasionné une nouvelle poussée de granulations. Il persiste encore deux légères taches cornéennes qui vont certainement diminuer peu à peu.

OBSERVATION XVIII

Le jeune Daniel L..., âgé de 14 ans, apprenti menuisier à Caudéran, se présente à la Policlinique le 16 juin 1891, atteint de conjonctivite granuleuse depuis un an environ.

Père mort de diabète à l'hôpital.

L'enfant a eu la rougeole, a toujours présenté une santé délicate; lymphatisme, strume. Il fréquentait encore l'école lorsqu'il a commencé à souffrir des yeux. Photophobie, larmoiement, l'affection revenait toujours par poussées aiguës. Commencement de pannus à gauche; l'œil droit n'a jamais présenté de phénomènes douloureux et n'offre pas la moindre trace de granulations.

Dès le début de l'affection, il est traité sans résultat par des cautérisations au sulfate de cuivre.

Le 20 juin 1891, sous chloroforme, M. le professeur agrégé Lagrange procède à l'excision du cul-de-sac, suivie du hersage et du brossage de la conjonctive du côté gauche seulement.

Après l'opération, compresses chaudes et atropine sur l'œil pendant quelques jours.

Pas de complications, et l'amélioration ne tarde pas à se montrer, malgré l'emploi de la pommade au bioxyde jaune qui n'a pu être supportée.

Le 15 décembre 1891, on constate la guérison complète des granulations.

Le 28 janvier 1892, l'enfant est atteint de kératite phlycténulaire.

Beaucoup de strume, engorgement ganglionnaire; la récidive des granulations est à craindre.

Traitement : Compresses boriquées chaudes, atropine, pommade à l'iodoforme.

Le 11 juillet 1892, nous avons la bonne fortune de revoir ce jeune homme, pas de récidive, la guérison se maintient, l'état général est assez satisfaisant.

OBSERVATION XIX

Jeanne P..., âgée de 11 ans, habitant Bordeaux, se présente à la Policlinique le 29 mars 1892 avec une conjonctivite granuleuse double datant de sa plus jeune enfance.

Rien à noter dans les antécédents.

Cette fillette, pâle et lymphatique, entre aux Enfants assistés à l'âge de deux ans. C'est depuis cette époque qu'elle a commencé à souffrir des yeux.

A sa sortie de l'hôpital, elle contamine sa mère. Depuis lors elle a eu la rougeole et la fièvre typhoïde.

Le début de l'affection, outre les symptômes habituels de kérato-conjonctivite, présentait à considérer une sécrétion considérable de muco-pus. La maladie revenait par poussées aiguës avec des rémissions variables dans le temps et la durée. Photophobie intense forçant la malade à marcher la tête courbée. Taches cornéennes troublant la vision surtout à droite, cet œil ne pouvant pas lui servir pour se conduire.

Elle est traitée au début par des cautérisations et des collyres au nitrate d'argent; plus tard, par le sulfate de cuivre; le tout sans résultat. Aussi M. le Dr Lagrange n'hésite pas à faire le hersage et le brossage de la conjonctive avec extirpation des culs-de-sac de chaque côté. Opération pratiquée sous le chloroforme le 2 avril 1892.

Pas de phénomènes post-opératoires; lavages application de pommade au bioxyde jaune suivis d'une grande amélioration.

Revue le 12 juillet, la malade se livre sans inconvénient à la lecture et à l'écriture. Les taches de la cornée ont disparu à gauche et se sont bien éclaircies à droite; les pulvérisations d'eau boriquée en auront bientôt raison.

OBSERVATION XX

Mlle A. L..., âgée de 15 ans, habitant Bordeaux, où elle exerce la profession de modiste, se présente à la Policlinique le 16 juin 1892, pour une conjonctivite granuleuse dont elle souffre depuis l'âge de 7 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. La jeune malade, grande, pâle, d'aspect strumeux et lymphatique, après la rougeole et la scarlatine, a eu une angine diphtéritique, il y a quatre ans.

Sans souffrir continuellement depuis le début, la malade avait parfois des poussées de conjonctivite granuleuse si aiguës qu'elle était obligée de rester dans une complète obscurité, tant la photophobie était intense et la vue de la lumière douloureuse. Il faut ajouter à cela un larmoiement intense et tou-

jours une sensation douloureuse de graviers roulant sous les paupières. A constater également quelques légères taies de la cornée.

Soignée sans résultat et pendant longtemps par des cautérisations au sulfate de cuivre, des collyres et des pommades que la malade ne peut énumérer, M. le Dr Lagrange procède, le 18 juin, au hersage de la conjonctive à droite et à gauche, avec excision du cul-de-sac supérieur de ce dernier côté seulement. Brossage de la surface cruentée avec la solution à 2/1000.

Pas de réaction inflammatoire bien vive, à peine un peu de gonflement des paupières, qui disparaît vite sous l'influence des compresses chaudes. Lavages quotidiens; pas de symblépharon.

Le 4 juillet, la pommade au bioxyde jaune est bien supportée et l'amélioration est déjà considérable. Ce mieux n'a pas cessé d'accroître, et aujourd'hui, 1er octobre, la malade peut être considérée comme totalement guérie.

Cette jeune fille portait des granulations énormes, pédiculées et séparées les unes des autres d'une façon très nette.

OBSERVATION XXI

Mlle E..., habitant Bordeaux, rue Sainte-Eulalie.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Sauf la variole dont elle porte de fortes traces, la malade a toujours joui d'une santé passable. Anémie légère, lymphatisme.

L'affection remonte à il y a huit ans à la suite d'un voyage en Afrique; une sœur de la malade a présenté également la même affection.

La maladie a débuté par l'œil gauche, aussi est-ce celui-ci qui a été le plus sérieusement atteint, l'œil droit ayant toujours conservé une vision relativement bonne.

Phénomènes de conjonctivite granuleuse revenant par poussées aiguës à divers intervalles et caractérisés par du larmoiement, de la photophobie, une sécrétion muco-purulente et une sensation douloureuse de sable sous

les paupières. A la suite de kératites rebelles, taches cornéennes assez considérables pour troubler presque complètement la vision à gauche.

Dès le début de l'affection, cautérisations répétées au sulfate de cuivre n'ayant occasionné que du mal, au dire de la malade, sans apporter le moindre soulagement.

Plusieurs oculistes de Bordeaux consultés instituent le même traitement sans grand résultat.

En présence de ces faits, M. le professeur agrégé Lagrange consulté, procède, le 7 mai 1892, après cocaïnisation, au hersage et au brossage de la conjonctive sans excision des culs-de-sac, qui ne contenaient pas de granulations.

Pas d'hémorragies, pas de douleurs post-opératoires sérieuses.

Lavages quotidiens des yeux à la solution de sublimé à 0,25/1000 pendant quinze jours ; pas de symblépharon. Application de pommade au bioxyde jaune suivie d'une grande amélioration.

A gauche, une kératite vasculaire nécessite, le 14 juin, une péritomie qui est suivie d'une plus grande amélioration par l'emploi journalier de la pommade jaune.

Au mois d'août, la guérison paraît complète ; il ne reste plus que deux légères taches cornéennes, altérant peu la vision, même pour la lecture. L'acuité de l'œil droit égale 1.

Le 27 septembre, on constate la guérison complète de M^lle E...

OBSERVATION XXII

M. J. B..., 18 ans, fort et bien constitué.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Péritonite à l'âge d'un an. Rougeole à 15 ans. Le malade a eu plusieurs poussées furonculeuses assez intenses.

Le malade a commencé à souffrir des yeux à l'âge de 5 ans. A ce moment, il avait tous les symptômes de la conjonctivite granuleuse.

Le malade se présente à la Policlinique au mois de décembre 1891. La

paupière supérieure est recouverte de petites saillies rouges très vasculaires, avec, à leur sommet, un point translucide les faisant ressembler à du frai de grenouille.

17 janvier : Après cocaïnisation, hersage et brossage avec une solution de sublimé à 2/1000 et lavage à l'eau boriquée. Application de compresses boriquées chaudes sur les yeux pendant toute la journée.

18 janvier : Léger œdème des paupières. Lavage des deux yeux avec une solution de sublimé à 0,50/1000. Instillation de quelques gouttes d'atropine. Compresses boriquées.

1er février : On commence l'emploi journalier de la pommade au bioxyde jaune de mercure 0,10/10, suivi d'un léger massage des yeux.

Le malade, se croyant complètement guéri, retourne chez lui et abandonne tout traitement.

Il se représente à la Policlinique au mois de mars. La paupière supérieure retournée laisse voir dans les angles quelques petites saillies d'un rouge vif que M. le Dr Lagrange cautérise au sulfate de cuivre.

19 mars : Hersage et brossage de la conjonctive et on institue le même traitement que lors de la première opération.

14 avril : Le malade n'a plus qu'un léger blépharospasme habituel, dû à la longue durée de son affection.

Ce malade a été revu depuis. Il avait cessé tout traitement, l'état de ses yeux lui permettant de se livrer à tous ses travaux sans en éprouver la moindre fatigue.

OBSERVATION XXIII

R... L..., 12 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

A eu la rougeole, constitution faible.

A cinq ans, premiers symptômes de conjonctivite granuleuse, contractée à l'école.

Au début, larmoiement considérable, photophobie et blépharospasme.

Paupières agglutinées le matin, puis bientôt gonflement de la paupière supérieure gauche.

Sensation de petits graviers roulant sous les paupières. Lecture, écriture, travail impossibles. Néanmoins douleurs pas trop vives : vue de plus en plus basse.

En juillet 1891, la malade vient à la Policlinique. Grosses granulations sous les paupières; œil gauche présentant une grande tache cornéenne troublant la vision.

Les collyres n'ayant pas réussi, M. Lagrange intervient chirurgicalement.

Le 4 juillet, après chloroformisation, hersage, râclage, brossage de la conjonctive. Cul-de-sac conjonctival supérieur excisé d'un coup de ciseau. Recommandation à la malade d'entretenir sur son œil des compresses d'eau boriquée tiède.

Inflammation post-opératoire bénigne. Mieux progressif. Au bout d'un mois, vue distincte à gauche; persistance seulement de la tache cornéenne qui tend à disparaître.

En septembre, le malade revient ayant l'œil droit malade. Poussée de conjonctive granuleuse.

L'enfant entre à l'Hôpital des Enfants et M. Lagrange procède comme pour l'autre œil, au hersage et au brossage de la conjonctive avec excision du cul-de-sac supérieur.

Inflammation peu persistante : pommade au bioxyde jaune de mercure.

Guérison rapide.

Le malade, revu par hasard en mai 1892 est complètement rétabli. Sur ses paupières, quelques places cicatricielles sans la moindre granulation. A gauche, légère taie de la cornée n'altérant nullement la vision complètement revenue à l'état normal.

OBSERVATION XXIV

Mme P..., 42 ans, tailleuse, se présente à la Policlinique le 18 mars 1892. Etat général anémié et lymphatique malgré une santé assez satisfaisante.

En 1884 un de ses enfants est atteint de conjonctivite granuleuse qu'il communique à sa mère. En 1885, Mme P... entre à l'hôpital Saint-André. Elle avait alors une conjonctivite granuleuse très intense, la vue avait notablement baissé à la suite de kératite, et des taches leucomateuses commençaient à se montrer à gauche où pendant huit jours elle est vivement soignée par des cautérisations répétées au sulfate de cuivre qui ne tardent pas à amener un mieux sensible.

De 1885 à 1887 Mme P... reprend son travail, mais à la suite de couches la malade recommence à souffrir des yeux ; elle avait alors tous les symptômes d'une conjonctivite granuleuse.

Traitée par des cautérisations et des collyres au nitrate d'argent pendant longtemps, Mme P... peut enfin reprendre son travail.

Au mois d'octobre 1890, Mme P... se présente à la Policlinique. Dès le lendemain, après cocaïnisation, excision du cul-de-sac, hersage, brossage de toute la surface cruentée avec une solution de sublimé à 2/1000 dont l'excès est enlevé par un lavage à l'eau boriquée. L'opération est la même pour chaque œil. Pas de phénomènes inflammatoires.

La malade revient tous les matins se faire laver les yeux avec une solution de sublimé à 0,50/000.

1er avril : Péritomie ignée à gauche, la kératite tardant à disparaître à gauche ; on commence l'emploi de la pommade au bioxyde jaune de mercure.

Cette malade a été revue depuis. L'œil droit est entièrement guéri ; la vision est gênée à gauche par des taies de la cornée. La malade continuera l'emploi de la pommade jaune et, pour corriger son hypermétropie, on lui donne un léger verre convexe.

OBSERVATION XXV

D. M..., 15 ans et demi. Conjonctivite granuleuse double. Début de la maladie il y a 4 ans. Ptosis, photophobie, larmoiement abondant.

Brossage et hersage le 13 août 1892. Succès complet.

OBSERVATION XXVI

L. M..., 17 ans. Granulations dont l'apparition remonte à 2 mois. Ptosis, larmoiement, photophobie. Brossage et hersage le 4 octobre. Succès complet.

OBSERVATION XXVII

G. B..., 10 ans, se présente à la clinique de M. le professeur agrégé Lagrange, le 13 janvier 1892, avec des granulations des deux yeux.

30 janvier : Après anesthésie chloroformique, excision du cul-de-sac, hersage et brossage.

8 mars : Guérison constatée.

CONCLUSIONS

Les débats sont loin d'être clos sur le meilleur mode de traitement des granulations de la conjonctive, et il nous paraît difficile d'en prévoir le dénoûment. Nous aurions mauvaise grâce à méconnaître les résultats obtenus par les divers traitements dont nous avons parlé. Chaque chirurgien, et loin de nous de l'en blâmer, a une tendance naturelle à préférer le mode de traitement qui lui assurera l'honneur de la guérison.

Quoi qu'il en soit:

1° Le traitement chirurgical est le seul qui donne des résultats satisfaisants et rapides; mais il doit être employé avec sagacité et s'exercer sur toute l'étendue du territoire granuleux, ce qui offre assez de difficultés;

2° On se trouvera très bien de l'emploi du jéquirity, surtout chez les enfants en bas âge, dont les paupières ne se prêtent que très difficilement à une intervention chirurgicale;

3° L'excision du cul-de-sac suivie de la cautérisation du thermo-cautère (Despagnet), le hersage après scarification ou après curettage (Abadie, Darier), donnent très souvent de bons résultats;

4° L'opération qui nous paraît toutefois mériter la préférence et qui place le malade dans les meilleures conditions de gué-

rison est celle que pratique M. Lagrange, à l'aide de sa hersecurette conjonctivale.

Le nettoyage de la conjonctive est plus complet; la muqueuse est mieux préparée que par le curettage simple à recevoir l'action de l'agent curatif, le sublimé.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr A. BOUCHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 novembre 1892,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Testut. — Traité d'anatomie humaine.

Beaunis et Bouchard. — Anatomie descriptive.

De Wecker. — Traité d'ophthalmologie.

Abadie. — Traitement par la conjonctivite granuleuse. Rapport par Panas. Bulletin de l'Académie de médecine, 1er septembre 1891.

Viger. — Etude sur la conjonctivite granuleuse en Algérie, particulièrement au point de vue du traitement chirurgical. *Annales d'oculistique*, septembre 1892.

Truc (de Montpellier). — Clinique ophthalmologique de l'Hôpital général. *Semaine médicale*, 13 février 1892.

Fourrey. — Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse.

Galezowski. — Traité des maladies des yeux.

» Recueil d'ophthalmologie, 1874, p. 143.

Abadie. — Traité des maladies des yeux, t. I, p. 141.

Giffo. — Recueil d'ophthalmologie, 1879, p. 607.

Brachet. — » Janvier 1882.

Parisotti. — » Mai et juin 1882.

Zieminski. — Sur le traitement du trachome. *Przeglad lek*, 1889. Nos 42, 43, 44.

Weks. — Traitement chirurgical des granulations des paupières (*The New-York medical Journal*, 24 octobre 1891).

Claibonre. — Le traitement du trachome. *Annals of ophthalmology and otology*, 1er trimestre 1892.

Congrès d'ophthalmologie 1892. — Traitement chirurgical des granulations.

Guning. — Traitement du trachome, Société d'ophthalmologie néerlandaise.

Voukchévitch. — Etude sur le traitement de l'ophthalmologie granuleuse par l'excision du cul-de-sac conjonctival, 1884.

Ferradini. — Traitement chirurgical de la conjonctive granuleuse, Montpellier, 1890.

J. Auvray. — Essai sur la conjonctivite granuleuse, 1883.

Darier. — Traitement chirurgical de conjonctivite granuleuse, *Annales d'oculistique*, juillet 1891.

16,763. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.